

THIS NOTICE RELATES TO A PROOF OF CLAIM YOU FILED AGAINST THE GOVERNMENT OF PUERTO RICO IN ITS PROCEEDINGS UNDER THE PUERTO RICO OVERSIGHT, MANAGEMENT, AND ECONOMIC STABILITY ACT.

IF YOU ARE RECEIVING THIS NOTICE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM FOR THE REASON LISTED BELOW.

DOCUMENTS RELATING TO THIS CLAIM OBJECTION WERE MAILED TO YOU ON JUNE 12, 2020. PURSUANT TO DETAILS SET FORTH IN EXHIBIT "C" TO THE OBJECTION, THE DEADLINE TO RESPOND IS JULY 14, 2020. PLEASE CHECK YOUR MAIL BOX. IF YOU FAIL TO PROPERLY RESPOND TO THE OBJECTION, THE COURT MAY GRANT THE RELIEF REQUESTED BY THE GOVERNMENT WITHOUT FURTHER NOTICE OR HEARING.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Vega Martinez, William	173135	02/04/2020	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Docket Number	13415	Objection Title	Debtors' Two Hundred and Fifth Omnibus Objection	
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN ESTÁ RELACIONADA CON UNA EVIDENCIA DE RECLAMO QUE USTED PRESENTÓ CONTRA EL GOBIERNO DE PUERTO RICO EN EL PROCESO QUE SE SUSTANCIA EN VIRTUD DE LA LEY DE SUPERVISIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ESTABILIDAD FINANCIERA DE PUERTO RICO.

SI USTED RECIBE ESTA NOTIFICACIÓN ES PORQUE UNO O MÁS DE LOS DEUDORES PRETENDEN DESESTIMAR SU RECLAMO POR LA RAZÓN EXPUESTA A CONTINUACIÓN.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTA OBJECCIÓN DE RECLAMO LE FUERON ENVIADOS A USTED POR CORREO EL DÍA 12 DE JUNIO DE 2020. DE ACUERDO CON LOS DATOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO "C" A LA OBJECCIÓN, LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER ES EL 14 DE JULIO DE 2020. SÍRVASE POR FAVOR VERIFICAR SU CASILLA DE CORREO. SI NO RESPONDE APROPIADAMENTE A LA OBJECCIÓN, EL TRIBUNAL PODRÍA OTORGAR LA REPARACIÓN SOLICITADA POR EL GOBIERNO SIN PREVIO AVISO NI AUDIENCIA.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Vega Martinez, William	173135	02/04/2020	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Número de registro de actos procesales	13415	Título de la objeción	Debtors' Two Hundred and Fifth Omnibus Objection	
Base para:	La Evidencia de Reclamo pretende invocar obligaciones asociadas al Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero omite proporcionar fundamentos o documentación de respaldo para dicha formulación, por lo cual los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene un reclamo válido contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o contra cualquiera de los otros deudores, en virtud del Título III.			

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

Descontarle 0 días por
ausencias

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	██████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,000.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatal	
13 Cifra Cuenta	98-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1989	
15 Acción y Duración	Nombramiento 112 hasta año	
16 Causa del Cese		
17 Último Día Trabajo		
18 Último Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio) Nuevo.	25 Observaciones (Después del Cambio) Descuento Medicare Ley -99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso Fecha	27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente. Firma del Empleado Fecha
28 Recomendado Superintendente de Escuelas 10/agosto/1989 Fecha	29 Recomendado Superintendente de Escuelas Fecha
30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA FIRMA	FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Agricultura
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908


18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.


Angeles Lara de la Torre
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
GPO BOX 5028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

92-13-01137-4
WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

4771

INFORME PATRONAL

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

NUMERO DE CASO - FSE			BATCH	FECHA RADICACION			ENV. CHQ.	CLAVE DE COMPENSACION			REG. Y DISP. TRAT.	P. E.	FECHA ALTA TRABAJAR		
ANO	DISP.	NUMERO		ANO	MES	DIA		COMP.	DISP.	PAT.			ANO	MES	DIA
92	13	011374	1												

FECHA ALTA DEFINITIVA			D. A. S.	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	REGION ANATOMICA	NAT. LESION	NUMERO DE POLIZA				RIESGO	GRUPO	STATUS
ANO	MES	DIA						ANO	T	R	O			

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) Departamento de Educación	2 TIENE POLIZA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> INDIQUE NUMERO	3 SEGURO SOCIAL PATRONAL 690660001
4 DIRECCION POSTAL Box 1281	5 CLASE DE PATRONO <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> SOC <input type="checkbox"/> CORP <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> ASOC <input type="checkbox"/> SINDICO <input type="checkbox"/> SUCESSION <input type="checkbox"/> ALBACEA <input checked="" type="checkbox"/> OTROS	CLASE DE NEGOCIO Educación
6 PUEBLO San Lorenzo, Puerto Rico	7 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (CALLE, NUMERO, BARRIO, PUEBLO) Depto. Educación - San Lorenzo, P. R.	8 TELEFONO 736-2361

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

9 NOMBRE DEL LESIONADO - INICIAL - APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO William Vega Martínez	10 NUMERO SEGURO SOCIAL 4771	11 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12 TELEFONO 744-2512	13 ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO
14 DIRECCION Calle 33 - R6-17 Turabo Gardens	15 NUMERO DE DEPENDIENTES 0 HIJOS <input type="checkbox"/> NO HIJOS	16 TRABAJA EL CONYUGE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO		
17 URBANIZACION Caguas, Puerto Rico	18 NOMBRES DE PADRE Y MADRE William y Gloria	19 LUGAR Y FECHA NACIMIENTO New York 12/30/59	20 EDAD 33.1	
21 DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESARIA RECIBIR LOS CHEQUES DE COMPENSACION (SI ALGUNO) Calle 33 - R6-17 - Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725				
22 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDE CON EL LESIONADO Helen Vega Martínez	23 TELEFONO 748-5315	24 DIRECCION Trujillo Alto, P. R. Haciendas Carrasgo - Calle 5 Casa N-8		
25 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO Depto. de Educación	26 OCUPACION HABITUAL Maestro Educ. Física	27 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL 6 AÑOS 2 MESES 2 DIAS	28 FECHA DE POSIBLE JUBILACION MES DIA AÑO	
29 CANTIDAD Y FORMA DE PAGO \$1,050.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	30 INDIQUE EL NUMERO DE DIAS Y/O HORAS QUE TRABAJABA EN LA SEMANA 5 DIAS	31 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
32 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE Dar clase de Educación Física		33 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	34 OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
35 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL 30/8/91 2:00 PM	36 HORA QUE COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE 8:00 PM	37 FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR 4 MES DIA AÑO		
38 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO. Esc. S.U. Quebrada Honda San Lorenzo, Puerto Rico		39 MURIO EL LESIONADO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	40 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

39. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Alega el profesor Vega que: desde el comienzo del curso escolar 1991 - 92 ha venido confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor

INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA, O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)
a medida que va transcurriendo el día de clases. Siente que durante la mañana se le oye la voz bastante clara y cuando llega la tarde está ronco.

40. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER

41. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?
☒ NO ☐ SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

42. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO
Rosa Borges - Secretaria DIRECCION **Bo. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.**

Antonia Díaz - Directora DIRECCION **San Lorenzo, Puerto Rico**

43. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?
☐ SI ☒ SINOT ☐ ACAA ☐ SEGURO SOCIAL ☐ BEN. POR NUMERO RECLAMACION FECHA DE LA RECLAMACION MES DIA AÑO

44. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN FSE INDIQUE FECHA RADICACION MES DIA AÑO NUMERO DEL CASO

Caguas
DECISION DEL ADMINISTRADOR
(CON HONORARIOS DE ABOGADOS)

NOMBRE Y DIRECCION

William Vega Martínez
Calle 33 R-6 -17
Turabo Gardens
Caguas, PR 00725

NOMBRE Y DIRECCION

Departamento de Educación
Box 1281
San Lorenzo, PR 00754

CASO NUMERO	IPP
Año Fiscal 92-	Disp. Número 13-01137-
	4

☐ SUBROGACION
☐ MENOR*

Fecha del Accidente	Jornal Diario	Días de la Semana	Jornal Semanal	Sitio del Accidente	Número de Seguro Social	Clave Seguro
21/AGOSTO/91	47.73	5	65.00	San Lorenzo	██████-4771	2

Descripción del Accidente

Alega el lesionado que esta confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor a medida que va transcurriendo del día de trabajo.

Lesión Sufrida

DX: LARINGITIS OPERADO

Fecha	Médico Informante
9/abr11/92	DRA. IRMA C. SANTOS/DR. RAFAEL TORO VELEZ

Incapacidad Resultante

☒ 1a. Condición ☐ 2da. Condición

PERDIDA 20% FUNCIONES FISIOLÓGICAS POR PERDIDA COMPLETA DE LA VOZ.

Estudiado el expediente del caso, el Administrador del Fondo del Seguro del Estado resuelve que el accidente es uno de los protegidos por la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley Núm. 45 aprobada el 18 de abril de 1935, según ha sido posteriormente enmendada. Habiéndose reconocido al lesionado la incapacidad parcial permanente antes expresada, el Administrador resuelve que el mismo tiene derecho a recibir en la forma que determina la Ley una compensación adicional equivalente al **66 2/3** % a base del jornal diario que ganaba el día del accidente.

De acuerdo con el expediente de este caso deberá pagarse una compensación computada a base del jornal semanal arriba indicado durante un periodo de **40** semanas la que asciende a la suma de \$ **2,600.00**

De esta cantidad se le descontará por concepto de

A- Dietas Pagadas en Exceso

B- Compensación Otorgada y/o Pagada por Incapacidad

1-en este Accidente

2-en Accidente anterior

C- Otros Descuentos

TOTAL A DESCONTARSE

\$ **2,600.00**

Una vez realizados los descuentos antes mencionados, si los hubiere, el lesionado recibirá la cantidad de

En los casos de incapacidad inicial, si esta cantidad es de \$1,000.00 ó menos, se le pagará en total y de una sola vez. Si dicha cantidad es mayor de \$1,000.00 se hará un pago inicial de \$1,000.00 como anticipo y el balance le será pagado en plazos de \$ **██████** mensuales con efecto retroactivo a la fecha de alta definitiva. (VEASE CLAUSULA A-3 AL DORSO).

CERTIFICO: QUE LOS COMPUTOS ESTAN CORRECTOS Y QUE PROCEDE EL PAGO POR LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA.

6 de mayo de 1992

Fecha

ROSA M. RODRIGUEZ RAMOS

Jefe, Sección de Reclamaciones o su Representante Autorizado

PARA CASO DE MENOR

ESTE PAGO SE HARA A TRAVES DE

CERTIFICO: QUE ESTE PAGO ESTA A TONO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

Dado en **CAGUAS**, Puerto Rico a **6/MAYO/92**

ALBERTO O. BACO

Administrador

TELEPROCESADO POR (FIRMA)	FECHA
CODIFICADO (FIRMA OCS)	FECHA
	DIA MES AÑO

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES															
BATCH		CASO NUMERO				C/D	CLAVE TRANS.		TARJ. NUM.						
AÑO	DISP.	NUMERO													
1	3	4				12	13	14	15	16					

WILLIAM VEGA MARTINEZ

04 CAGUAS

21 AGO 91

30 DIC 59

-4771

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO
PATRONO

WILLIAM VEGA MARTINEZ

CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS
CAGUAS. PR 00725DEPTO. DE EDUCACION
APARTADO 1281

SNA LORENZO

PR 00754

CLAVE DISC

83

FECHA DE ACC.

AÑO MES DIA

FONDO DE
ANTICIPO

SUBROGACION

OBRERO
MIGRANTEREGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA.
(VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

1RA.

Laringitis

CODIGO DE DIAGNOSTICO

2DA.

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

- ☐ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: DE DE 19
- ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) DE 19
- ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL DE DE 19
- ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO _____
- ☒ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE abril DE 19 92 CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☒ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- ☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE 19 SE
- AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
- ☐ 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.
- ☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL DE DE 19 LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
- ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE 19 ☐ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE 19
- ☐ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
- ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE 19
- ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
- ☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE 19 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☐ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE 19
- ☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE DE 19 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

SR. ALBERTO O. BACO

Administrador

DPA. IPHA C. SANTOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

Puerto Rico

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Tribunal General de Justicia

Tribunal DISTRITO, Sala S.L.

Querrela de la Policía Núm.

Oficina de Juez Municipal o de Paz

☐ sin hoja de continuación

9	4	6	0	6	7	0	2	9	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DENUNCIA☐ incluye hoja de continuaciónCon Fecha 23-6-94Denuncia Núm. 94-1214

FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CONTRA:

Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO Alias _____ Fecha nac. 15-9-57 Lugar S.L. Sexo H
 S.S. # 584-222222 Dirección CARR. 181 Km9 RES. BO. QDA. HONDA
 Lic. Cond. # _____ Señas _____
 Nombre _____ Alias _____ Fecha nac. _____ Lugar _____ Sexo _____
 S.S. # _____ Dirección _____
 Lic. Cond. # _____ Señas _____

Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ☐ Grave☐ Menos GraveCometido en BO. QDA. HONDA S.L.el 9 de junio de 94 a las 8.45am de la siguiente manera:

El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez, usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estúpido que te pasa con mi hijo, maestro sangano, estúpido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da.

HECHOS CONTRARIOS A LA LEY

Presentada por:

GDIA. ETANISLAO VAZQUEZ 9629

Nombre y firma del Denunciante

☐ Propio ConocimientoCTEL. POL S.L

Dirección

☒ Información y CreenciaGDIA

Cargo - Ocupación

Jurada y Suscrita ante mí, en _____, P.R., hoy _____ de _____ de _____ a las _____

Vista señalada para el _____ de _____ de 19 _____ ☐ Vista Preliminar ☐ Lectura de Acusación ☐ Juicio en su fondoen la Sala de _____ ☐ Superior ☒ Distrito a las _____

Nombre y Firma del Magistrado o Secretario

NOMBRE DE TESTIGOS	EDAD	DIRECCION	Examen de los Testigos			
			Conocimiento Propio	Información o Creencia	Bajo Juramento	Declaración Jurada
<u>WILLIAM VEGA MARTINEZ</u>	<u>M</u>	<u>CALLE 33 R 6 17 URB. TURABO GARDEN CAGUAS</u>				

INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:☐ No estuvo presente☐ Traído sin Orden de Arresto☐ Compareció por Citación☐ Le fueron hechas las advertencias legales☐ Estuvo acompañado por _____☐ Abogado☐ Familiares☐ Otro



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
 PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
 VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD				REG. Y DISP. TRAT.		FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO				AÑO	MES	DIA							AÑO	MES	DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE		GRUPO		Stat	Pro		
AÑO	MES	DIA	DIA			AÑO	T	R	O		Año Fact.	AMP.			Pat	Por	

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2 NUMERO DE POLIZA		AÑO T R O		NUMERO		Año Fact.		AMP.		3 SEGURO SOCIAL PATRONAL			
Departamento de Educación														6 9 0 6 6 0 0 0 1			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM.				4 CLASE DE PATRONO:										5 CLASE DE NEGOCIO			
P. O. Box 1281				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea <input checked="" type="checkbox"/> Otros										Educación			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)										7 TELEFONO			
San Lorenzo, Puerto Rico 00754				Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo										736-8989			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL				9. APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE 1				NOMBRE 2			
4 7 7 1				Vega				Martínez				William							
10. DIRECCION RESIDENCIAL																CODIGO POSTAL			
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico																00725			
11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO																			
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725																			

12 SEXO		13 TELEFONO		14 ESTADO CIVIL		15 NUM. DEPENDIENTES		16 TRABAJA EL CONYUGE		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE					
<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		744-2512		<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO		HIJOS _____ NO HIJOS 1		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		(Q.D.E.P.) William y Gloria					
18 FECHA NACIMIENTO		19 EDAD		20 PUEBLO DE NACIMIENTO		21. GRADO ESCOLARIDAD		22. OCUPACION HABITUAL		23 MANO HABIL					
AÑO MES DIA		5 9 1 2 3 0		35		New York		BA		Maestro de Educ. Física					
24 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO		25. TELEFONO		26 DIRECCION		27. FECHA ACCIDENTE		AÑO MES DIA		28. HORA DEL ACCIDENTE					
Helen Vega Martínez				Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.		H-8				8:00					
29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31 PUEBLO DE ACCIDENTE		32 ACCIDENTE AUTO		33. FECHA DE LA MUERTE		34 SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO		35 SUELDO		36 FRECUENCIA	
8:00		X X A M <input type="checkbox"/> P M		San Lorenzo		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		N/A		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		\$1,375.00		<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO		39 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL		40 FECHA DE POSIBLE JUBILACION		AÑO MES DIA		41 OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO					
Días 5 Horas 30		Educación		6 años						<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
42 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA		43 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE		44 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES		45 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO		46 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE		SI		NUM. _____		MURIERON <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Dar la clase de Educ. Física		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NUM. _____		MURIERON <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		NUM. _____	

47 DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL															
INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSÓ EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)															
Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.															

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER															
49 TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)															
50. TIEMPO <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL															
51 TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO															
NOMBRE Rosa Borges - Secretaria DIRECCION Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.															
NOMBRE Antonia Díaz - Directora DIRECCION San Lorenzo, Puerto Rico															

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R 6-17
TURABO GARDENS CAGUAS PR

98 13 00719 5
08

19 AGO 97 30 DIC 59

4771

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP.	PAT.	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17			22	27	32	36		

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES									
BATCH		CASO NUMERO		C/D		CLAVE TRANS		TARJ. NUM.	
ANO	DISP.	NUMERO							
1	3	4	12	13	14	15	16		

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

URB TURABO GARDENS
R 6 17 CALLE 33
CAGUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PO BOX 759
RATO REY PR 00919

CLAVE DISP 83
FECHA DE ACC. ANO MES DIA
FONDO DE ANTICIPO
SUBROGACION
OBRERO MIGRANTE

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

TRA. HNP L4-L5 & L5-S1 88.080 OSR
Radiculopatia L5 86.074 OSR

CODIGO DE DIAGNOSTICO			

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

- EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
 - CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
 - SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
 - VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO SIN INCAPACIDAD CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE SI
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
- LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
- EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DE LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
 - DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
- EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
 - DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE
EVALUACION EN TRATAMIENTO MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION EN TRATAMIENTO
 - DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE SIN INCAPACIDAD CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 98
- LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1958 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

LCDO NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

DR VICTOR BERIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OT)		
AÑO	DISP.	NUMERO	AÑO			MES	DIA	AÑO			MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA	AÑO			T	R	O	AÑO FACT.				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2. NUMERO DE POLIZA	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL
Departamento de Educación		
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.	4. CLASE DE PATRONO:	5. CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 1281	<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albea <input checked="" type="checkbox"/> Otros	Educación
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)	7. TELEFONO
San Lorenzo, Puerto Rico 00754	Esc. María T. Delgado - San Lorenzo	736-0470

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
4771	Vega	Martínez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL				CODIGO POSTAL
Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico				00725
11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO				
Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725				
12. SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	15. NUM. DEPENDIENTES HIJOS 0 NO HIJOS 1	16. TRABAJA EL CONYUGUE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	18. FECHA NACIMIENTO			
William y Gloria	5/9/23/0			
19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
39	New York	BA	Maestro de Educ. Física	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO		25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
Helen Vega Martínez			Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.	9/9/03/08
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE	
1:50 P.M.	8:00		San Lorenzo	
32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	N/A	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	\$1,750.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
37. NUMERO DE DIAS/ HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION	
Días: 5 Horas: 6	Educación	9 años	AÑO MES DIA	
41. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE		44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Dar clase de Educación Física		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO			46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?	
Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano San Lorenzo, Puerto Rico			<input type="checkbox"/> SI NUM. MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NO	
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL				
Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.				
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER				
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)				
50. TIEMPO				
AÑOS SEMANAL MESES MENSUAL				
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO				
NOMBRE Daris D. Gómez González DIRECCION Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.				
NOMBRE DIRECCION				
52. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?				
53. NUMERO DE RECLAMACION				
FECHA DE RECLAMACION				
54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE				



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)	
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA			AÑO	MES

FECHA ALTA DEFINITIVA			JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				AÑO FACT.	AMP.	CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA			AÑO	T	R	O					

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2. NUMERO DE POLIZA		3. SEGURO SOCIAL PATRONAL	
Departamento de Educación				6906600			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.				4. CLASE DE PATRONO:			
P. O. Box 190759				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Alcabala <input checked="" type="checkbox"/> Otros			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				5. CLASE DE NEGOCIO			
San Juan, Puerto Rico 00919				Educación			
6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)				7. TELEFONO			
Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano				736-0470			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL		9. APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE 1		NOMBRE 2	
4771		Vega		Martínez		William			
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)									

Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico

11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO		CODIGO POSTAL + FDUR	
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico		00725	

12. SEXO		13. TELEFONO		14. ESTADO CIVIL		15. NUM. DEPENDIENTES		16. TRABAJA EL CONYUGE		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	
<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		744-2512		<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		HIJOS 0 NO HIJOS		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		William y Gloria	
18. FECHA NACIMIENTO		19. EDAD		20. PUEBLO DE NACIMIENTO		21. GRADO ESCOLARIDAD		22. OCUPACION HABITUAL		23. MANO HABIL	
5/9/12		43		New York		B.A.		Maestro Educación Física		<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.	

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO		25. TELEFONO		26. DIRECCION		27. FECHA ACCIDENTE	
Helen Vega Martínez		-----		Haciendas Carraízo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R.		03/10/3	

28. HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31. PUEBLO DE ACCIDENTE	
9:30 A.M.		8:00		N/A		San Lorenzo	

32. ACCIDENTE AUTO		33. FECHA DE LA MUERTE		34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO		35. SUELDO		36. FRECUENCIA	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		N/A		N/A		\$2,205.00		<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	

37. NUMERO DE DIAS O HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO		39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL		40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION	
30		Educación		14 años			

41. ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PRECIOS DEL PATRONO?		42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?		43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE		44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Levantándose de la silla.		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO		46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?	
Salón de Educación Física - Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano		<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO	

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	
Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía su clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.	

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE	
---	--

49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?		50. TIEMPO		SALARIO	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)		<input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> MENSUAL			

51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	
NOMBRE DIRECCION	